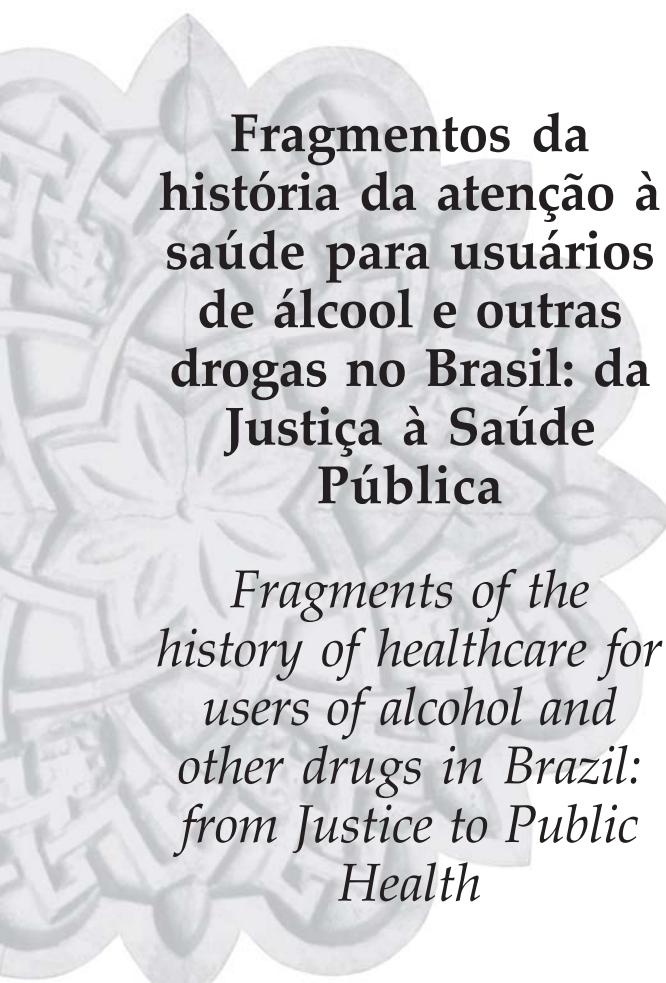


Machado, Ana Regina; Carneiro Miranda, Paulo Sérgio  
Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no  
Brasil: da Justiça à Saúde Pública  
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 14, núm. 3, julio-septiembre, 2007, pp. 801-  
821  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138015007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



# **Fragments of the history of healthcare for users of alcohol and other drugs in Brazil: from Justice to Public Health**

## *Fragments of the history of healthcare for users of alcohol and other drugs in Brazil: from Justice to Public Health*

Ana Regina Machado

Centro Mineiro de Toxicomania da Fundação Hospital de Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais  
Rua Barão de Cocais, 481/202 Sagrada Família  
31030-100 Belo Horizonte – MG – Brasil  
ana.machado@fhemig.mg.gov.br

Paulo Sérgio Carneiro Miranda

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais  
Rua Divinópolis, 263, ap.301. Santa Tereza  
31010-370 Belo Horizonte – MG – Brasil  
pmiranda@medicina.ufmg.br

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

Identifica fatores associados ao estabelecimento, em 2003, da política de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Utiliza, como fonte privilegiada, a entrevista semi-estruturada, além da pesquisa bibliográfica e documental. Mostra que a abordagem do fenômeno álcool/drogas pelo Estado brasileiro surgiu no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional para coibir o comércio e uso de drogas. Esse aparato, permitiu o surgimento de práticas assistenciais de saúde para os usuários. Conclui-se que, ainda que a ordem jurídica e a saúde pública orientem-se por rationalidades nem sempre coincidentes, nessa área específica algumas práticas do campo jurídico contribuíram para a criação de condições que favoreceram o surgimento de uma política sanitária em 2003.

**PALAVRAS-CHAVE:** política de saúde; formulação de políticas; drogas ilícitas; álcool; Brasil.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragments of the history of healthcare for users of alcohol and other drugs in Brazil: from Justice to Public Health. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, July-Sept. 2007.

*The purpose of this article is to identify, factors that could be associated to the establishment of the country's health policy for users of alcohol and other drugs in 2003. It makes particular use of semi-structured interviews, as well as a study of the literature and documents. The article shows that the Brazilian State's approach to alcohol and drugs emerged in the early 20<sup>th</sup> century with the creation of a legal and institutional apparatus designed to control the sale and use of drugs, justified by the need to assure public security and public health. This apparatus permitted the development of healthcare practices for drug users based on the penalties it proposed. The article concludes that even though the rationales behind legal and public health measures do not always coincide, some of the practices that emerged in the legal sphere did help provide the conditions needed for the creation of a health policy for alcohol and drug users in Brazil in 2003.*

**KEYWORDS:** health policy; policy making; illicit drugs; alcohol; Brazil.

**Q**uando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso remete a dois aspectos que caracterizam a história das intervenções dos governantes brasileiros na área de álcool e outras drogas: as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública; e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados a consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Esses dois aspectos foram considerados mais detalhadamente na dissertação de mestrado de Ana Regina Machado (2006).

Neste artigo, buscamos apresentar o primeiro desses aspectos para compreender como surgiram as primeiras intervenções do poder público na área de álcool/drogas, suas motivações e suas articulações com o surgimento das práticas de atenção à saúde dos usuários. Seguindo esse percurso, mostramos como essas práticas surgiram com base em prescrições previstas nas várias leis brasileiras que trataram do tema, e não em necessidades de atenção em saúde geradas pelo consumo de substâncias psicoativas. Apesar disso, algumas dessas práticas e seus desdobramentos podem ser associados ao surgimento de uma política de saúde específica em 2003.

Essa política propõe uma nova abordagem, não mais comprometida com o controle e com a repressão, mas sim com a redução dos danos e dos prejuízos.

### **Considerações sobre a metodologia**

Realizou-se pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com atores sociais que tiveram atuações relevantes na abordagem dos fenômenos de uso e dependência de álcool e outras drogas na história recente do Brasil.

Foram entrevistados: dois coordenadores nacionais de saúde mental, que atuaram no Ministério da Saúde entre 1991 e 2004 (Entrevistados 1 e 2); um militante da Luta Anti-Manicomial (Entrevistado 3); um militante da Redução de Danos (Entrevistado 4); um gestor de programa da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, que atuou no Ministério da Saúde entre 1996 e 2003 (Entrevistado 5); um dirigente da extinto Conselho Federal de Entorpecentes e um dirigente da Secretaria Nacional Antidrogas, que atuaram entre 1994 e 2004 (Entrevistados 6 e 7); um dirigente de um centro de referência de tratamento, com atuação entre 1991 e 2002 (Entrevistado 8); e um representante de uma federação de comunidades terapêuticas, com atuação entre 1998 e 2004 (Entrevistado 9).

Alguns pressupostos das metodologias da pesquisa social, apresentados por Minayo (1998), foram considerados no desenvolvimento deste estudo. Entre eles, citamos:

- O objeto é histórico. Os fenômenos, as relações, as estruturas sociais existem em um determinado tempo, em um determinado espaço. São mutáveis, provisórios, dinâmicos e passíveis de transformação;
- O objeto possui consciência histórica. As pessoas, os grupos estudados, assim como os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de um tempo histórico;
- A pesquisa social é sempre ideológica. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais pesquisados está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

A consideração desses pressupostos permite compreender que o processo de constituição da política de saúde para usuários de álcool e outras drogas deve ser considerado como um fato histórico, resultante de uma série de condições construídas em tempos e espaços diferentes, por meio de atores e práticas sociais diversos, imbuídos de diferentes significados e interesses. Para abordá-lo, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas como fontes privilegiadas de informação, buscando compreender os significados, as intenções, os atores sociais, as condições e os aspectos estruturais presentes nesse processo.

### **Criminalização e penalização do uso de drogas no Brasil: da detenção à assistência à saúde**

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país.

Nessa época, o consumo de drogas ainda era incipiente e certamente não constituía uma ameaça à saúde pública. Já o consumo de bebidas alcoólicas era frequente, mas, por ter sido mais tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não era objeto de preocupação governamental. A inéria dos governantes perante o alcoolismo levou ao surgimento de sociedades de caráter privado (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança) que se encarregaram de promover a educação anti-alcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (Musumesci, 1994).

Apesar da existência desses movimentos sociais, o aparato jurídico-institucional criado ao longo do século XX destinava-se, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato,

constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos.

Essas medidas foram influenciadas por convenções internacionais que as recomendavam. Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O país compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas.

Em 1924, o Código Penal Brasileiro, por meio do decreto 4.294, propôs pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correcional adequado”. O decreto 14.969 criou o “sanatório para toxicômanos” (Bittencourt, 1986; Fiore, 2005).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre o tema passou a ser influenciada também pela medicina, que passou a contribuir com subsídios tecnocientíficos para a legitimação do controle do uso de drogas. O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso (Fiore, 2005). Para tratá-lo, foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: a princípio, hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Esses dispositivos tinham como objetivos salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área.

A influência da ordem médico-psiquiátrica pode ser observada já na lei 5.726 de 1971, que introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas, mantido no âmbito da justiça penal. Bittencourt (1986) mostra como a psiquiatria tornou-se aliada dos mecanismos de controle e repressão ao uso de drogas no país:

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Em segundo lugar, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dessa classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade... (Bittencourt, 1986, p.42)

Em 1976, foi aprovada e promulgada a lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo

médico-psiquiátrico, já verificada na lei de 1971. Algumas modificações nas propostas assistenciais reafirmaram a tendência à medicalização, entre elas: a substituição do termo ‘viciado’ por ‘dependente de drogas’; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória. O artigo 9º do capítulo II da lei 6.368 definiu atribuições para o Sistema de Saúde e o para o Ministério da Previdência e Assistência Social, então responsável pela rede pública sanitária:

Art. 9. As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

1. Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptadas, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

2. O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde. (Brasil, Ministério da Justiça, 1992, p.3)

A lei 6.368 foi sancionada após o incremento do consumo de drogas ilícitas no país, verificado a partir da década de 1960, com a expansão do consumo de maconha, antes restrito a setores marginalizados das grandes cidades (prostitutas, assaltantes, detentos e malandros), para as classes médias (artistas, intelectuais e universitários). A partir dos anos 70, o aumento da oferta e a redução do preço favoreceram o crescimento do consumo de cocaína (Cruz, Ferreira, 2001; Misse, 2003).

Segundo Bittencourt (1986), as orientações legislativas previstas na lei 6.368 favoreceram o surgimento da assistência à saúde para usuários de drogas a partir da década de 1980, quando foram criados os primeiros centros de tratamento (públicos ou religiosos) no Brasil, ligados direta ou indiretamente ao poder público. De acordo com a autora:

Se em parte esses estabelecimentos especializados emergem para atender a um problema formulado na esfera social da própria comunidade, por outro lado, servem como suporte institucional ao cumprimento da prescrição legal existente na atual legislação brasileira (lei 6.368 de 1976). Esta, entre outras coisas, visa abrir as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas... (Bittencourt, 1986, p.1-2)

É importante observar que tais portas assistenciais foram abertas aos consumidores de drogas ilícitas; os primeiros centros de tratamento, a princípio, não atenderam alcoolistas. Esse fato reafirma a tendência observada no Brasil de estabelecer ações governamentais tendo em vista os compromissos assumidos no plano internacional para controlar e reprimir o uso de drogas ilícitas, e não orientadas pelas necessidades de atenção surgidas com o consumo de substâncias psicoativas.

A lei 6.368 favoreceu a consolidação e ampliação do aparato jurídico institucional de controle do uso e do tráfico de drogas, por meio da criação de espaços institucionais relevantes no campo da assistência à saúde e da Justiça, como a criação dos centros de tratamento, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen).

### **O Confen e as práticas de atenção à saúde para o usuário de drogas**

O Confen foi criado e regulamentado em 1980, durante o período da ditadura militar. Sua atuação e suas principais funções foram definidas no decreto 85.110, de 2 de setembro. A ele cabia:

Art 4. ... propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica... (Brasil, Ministério da Justiça, 1992, p.19)

O Confen destacou-se como órgão normativo dos diversos assuntos e das ações programáticas governamentais associados ao tema drogas. Era composto por representantes dos vários ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores); por um representante do Departamento da Polícia Federal; um da Vigilância Sanitária; um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça; e um médico psiquiatra, escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça. A princípio, abordava apenas questões relativas às drogas ilícitas mas, ainda na década de 1980, passou a abordar também questões relacionadas às drogas lícitas.

Em vários momentos de sua história, o Confen dedicou-se principalmente ao campo das ações de repressão ao uso e ao de tráfico de drogas. Em outros, sobretudo a partir do fim da década de 1980, com a redemocratização do país, ultrapassou os limites desse campo, favorecendo o surgimento de práticas de prevenção, de tratamento e de pesquisa, não orientadas exclusivamente pela perspec-

tiva repressiva: “Buscávamos a adoção de uma política mais razoável, mais tolerante no sentido verdadeiro da palavra, o estabelecimento de uma política mais harmônica, mais equilibrada em termos de prevenção e repressão” (Entrevistado 6).

Entretanto, alguns conselheiros do Confen apresentavam restrições quanto ao desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento, que não enfatizavam a repressão: “Era difícil, no início, a relação dos membros dos órgãos científicos com os representantes dos setores repressivos, mas a gente começou a conseguir conviver bem com a diversidade” (Entrevistado 6).

Em dois documentos, um produzido em 1988 e outro em 1996, foram propostas ações que ampliavam o campo de atuação do Confen.

O documento de 1988, denominado “Política Nacional na Questão das Drogas”, propôs, como uma de suas linhas de ação, o favorecimento da criação e da consolidação de centros de referência em prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esses seriam locais especializados para tratamento, para formação de pessoal qualificado para atendimento a dependentes e para a realização de pesquisas. A rede do Sistema Nacional de Saúde deveria atender de maneira eficaz, não estigmatizante, servindo-se prioritariamente de ambulatórios, e de hospitais gerais, quando necessária a internação.

O documento de 1996, denominado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, propôs o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento. Manifestou a preocupação com o crescimento do consumo e com a disseminação do vírus HIV, no caso dos usuários de drogas injetáveis. Propôs o estabelecimento de critérios e normas para o funcionamento de instituições de tratamento, a substituição do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção às dependências químicas, o apoio técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a promoção de capacitação de recursos humanos. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento dessas ações foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. O Programa, apesar de conter ações sanitárias, não propôs nenhuma articulação com o setor específico nem com as políticas que estavam sendo implementadas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos. As ações sanitárias foram propostas no âmbito da Justiça, mantendo uma tendência, observada desde o início do século XX, de indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades.

Apesar disso, algumas contribuições do Confen – como o apoio às experiências dos centros de referências de tratamento, preven-

<sup>2</sup> A implementação das ações de redução de danos gerou muitos impasses no Brasil. Apesar de terem objetivo definido em relação à saúde pública – redução da transmissão do HIV entre os usuários de drogas injetáveis e entre estes e seus parceiros sexuais –, as ações previam a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas, sem necessariamente reprimir este uso, o que se chocava com a abordagem tradicionalmente repressiva aos usuários. Entretanto, a constatação, no início da década de 1990, de que cerca de 25% dos portadores de HIV eram usuários de drogas injetáveis tornou necessário o desenvolvimento de ações mais pragmáticas para conter o avanço da Aids, como os projetos de redução de danos, já desenvolvidos em vários países da Europa, na Austrália e no Canadá.

ção e pesquisa, aos projetos de redução de danos<sup>2</sup> e às comunidades terapêuticas – foram relevantes para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

A partir do início da década de 1980, surgiram centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área. Em 1988, eles foram reconhecidos pelo Confen como centros de referência. Muitos deles foram criados nas universidades públicas, como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco.

O Confen atuou com a perspectiva de promover “a valorização dos centros de referência, dos órgãos científicos, muitas vezes com o apoio moral e, quando possível, com apoio econômico” (Entrevistado 6). Reconhecia que esses centros poderiam contribuir para a construção de práticas de assistência, ainda incipientes no país:

A idéia foi ter centros de referência que pudessem mais auxiliar o Confen do que serem auxiliados por ele. Eu lembro, de fato, de encontros fantásticos, passamos um evento inteiro discutindo como deveria ser feito o acolhimento dos pacientes.

Havia um clamor público pela assistência e [o presidente do Confen] Matias Flach tomou os centros de referência como assessores para ajudá-lo a pensar esta área. (Entrevistado 6).

Esses centros contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas nem repressivas. Muitos atores e práticas de atenção que influenciaram a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas tiveram suas origens nesses centros.

Em 1994, quando surgiu a necessidade de implementação da prevenção da Aids entre usuários de drogas, o Confen assumiu publicamente sua posição, emitindo um parecer favorável ao desenvolvimento de projetos de redução de danos. Isso foi fundamental para a resolução do impasse que se estabeleceu com a lei 6.368 de 1976 para as ações de redução de danos, principalmente

aquelas que previam a troca de seringas e o fornecimento de insumos para o uso seguro de drogas. Elas foram enquadradas por alguns como “auxílio ou incentivo ao uso de substâncias ilícitas”, que a lei considerava crime. O Confen, apesar das resistências e preocupações manifestas da Polícia Federal, do Ministério Público, da Igreja Católica e até mesmo da Presidência da República, apoia as ações:

Esses programas sofriam de um antagonismo violento da Polícia Federal e do Ministério Público e o Confen acabou sendo testado de forma muito forte. Quando surgiu o projeto de redução de danos, o desagrado foi focado na questão de troca de seringas. Embora fosse um projeto menor dentro da redução de danos, passou-se a dizer, no Brasil, alguns policiais, promotores, “se implementarem o projeto de troca de seringas, isto passará a ser uma questão de polícia, nós vamos prender, nós vamos processar, nós vamos acabar com isto”. E o Ministério da Saúde se dirigiu ao Confen pedindo orientação normativa em função da questão. O presidente Itamar manifestava sua preocupação, pois ele recebia a preocupação da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil... E nós acabamos aprovando o projeto por maioria. Aprovamos a primeira parte dizendo que ele era adequado à situação brasileira da época, à necessidade brasileira em face da epidemia da Aids, em relação a que o compartilhamento de seringas era vetor importante de desenvolvimento, e que nós tínhamos bons exemplos externos que nos davam uma segurança de que não se tratava de uma aventura ... Foi relator da matéria o Conselheiro Domingos Bernardo e ele considerou que ... questionava “como é que poderia uma legislação de 1976 vedar atuações em relação a uma epidemia que viria a existir muito tempo depois”, então nós concluímos que não feria a legalidade. Depois, eu alcancei a interpretação constitucional que me parece que é a mais importante do que tudo. Na Constituição se diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado ... A Constituição tem suprallegalidade, ou seja, todas as demais leis devem estar em consonância e serem interpretadas de acordo com ela. Se a lei maior determina o direito da pessoa à saúde e o dever do Estado é de atuar em favor da saúde, ele não pode inibir práticas que visem exatamente evitar a doença, especialmente se oriundo das autoridades sanitárias do país. Então, eu me convenci e esta posição firme do Confen, nesta área, foi definitivamente importante. O Confen sofreu críticas, agressões. Já que eu disse que havia preocupações do presidente Itamar e do ministro Dupeyrat, eu devo dizer que depois que o Confen decidiu, eles aceitaram como sendo a posição brasileira, também no foro internacional. Então, foi um momento perigoso, um momento forte e se depois se conseguiu certa normalidade na questão da redução de danos, isto se deve àquela decisão muito difícil do Confen. (Entrevistado 6)

Mesmo sem garantir a superação dos entraves legais, a posição do Confen foi considerada fundamental para a viabilização dos projetos de redução de danos no país, ainda na década de 1990:

A gente procurou o Confen e solicitou um parecer em relação à redução de danos para vencer alguns impedimentos legais, e o parecer do Confen foi fundamental para nós. (Entrevistado 5) O Confen assumiu, em documento, com o Dr. Matias Flach que o Brasil precisava de uma nova maneira de encarar as drogas e que as experiências internacionais, sobretudo da Europa, com a redução de danos eram importantes para nós. (Entrevistado 4) Essa pressão para mudar a Lei 6368, que se intensificou durante os anos subsequentes, ganhou inúmeros aliados, dentre os quais destacaríamos o dr. Matias Flach, presidente do Confen, que teve papel chave na incorporação ao projeto do Ministério da Justiça alterando a Lei 6368 do dispositivo que legaliza a troca de seringas. (Mesquita, 1998, p.106)

Em apoio à redução de danos, contamos com importantes pronunciamentos. Um dos nossos grandes aliados tem sido o próprio Ministério da Justiça, através do Conselho Federal de Entorpecentes, que se manifestou favoravelmente considerando-a um instrumento útil e adequado. (Brasil, Ministério da Saúde, 1999, p.28)

Os projetos de redução de danos, tanto em suas proposições técnicas, quanto em seus pressupostos teóricos e ideológicos, influenciaram a política sanitária. Em 2003, o Ministério da Saúde propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico (Brasil, Ministério da Saúde, 2003a). Sugeriu ainda a adoção de uma política baseada em uma concepção ampliada de redução de danos:

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da redução de danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p.36)

Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução de danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção. (p.8) Uma ação política eficaz pode reduzir o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados por uma sociedade... (p.5)

Além de fornecerem subsídios técnicos e teóricos, os projetos de redução de danos deram maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde, evidenciando a

<sup>3</sup> Não há muita precisão quanto à definição ou mesmo quanto às práticas desenvolvidas nas comunidades terapêuticas. A Federação Brasileira de Comunidades Terapêutica (Febract) sugere a seguinte definição: ambiente residencial protegido, técnica e eticamente orientado, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Seu objetivo é recuperar os internos resgatando sua cidadania e buscando sua reabilitação física e psicológica e reinserção social. Nela deve haver uma participação ativa dos internos na própria terapia e, dentro de limites, no governo da comunidade. São pressupostos do trabalho nas comunidades terapêuticas: a aceitação voluntária do programa; a intensa e constante comunicação entre todos os membros; a atuação em um sistema de pressões artificialmente provocadas, que estimula a explicitação da patologia do residente diante de seus pares; o enfoque na pessoa como um todo, com ênfase nela e não na droga; a coesão interna sustentada por um sentimento de solidariedade fraterna e pela aceitação de valores morais; não às drogas, aos contatos sexuais e à violência.

dificuldade de acesso e de acolhimento, a precariedade dos serviços de apoio e tratamento à dependência, a falta de referencial para os usuários, bem como a desconfiança e o preconceito dos profissionais da área (Brasil, Ministério da Saúde, 1999). Além disso, tornou-se visível a quase inexistência de ações destinadas ao enfrentamento desses problemas na década de 1990.

Foi durante essa época que se registrou a maior expansão das comunidades terapêuticas – serviços filantrópicos de orientação religiosa, destinados à recuperação de dependentes (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b).<sup>3</sup> Alguns atores sociais ligaram o fato à ausência de uma política assistencial:

Não é à toa que se proliferou à margem do setor público toda uma rede de assistência calcada no voluntariado, com carências éticas e técnicas; é o desespero da população em se organizar para tratar de uma população desassistida... O crescimento dessas comunidades terapêuticas surgiu no desespero das famílias, no voluntarismo social para fazer frente a um problema grave de saúde pública. (Entrevistado 8)

Mas a questão do tratamento da dependência química também não existia, o que tinha era uma omissão do poder público em relação ao tratamento e um avanço significativo das comunidades terapêuticas. (Entrevistado 5)

O Confen reconheceu a importância da atenção prestada pelas comunidades terapêuticas:

Nós verificamos também a necessidade de valorizar e aperfeiçoar as comunidades terapêuticas. Começamos a perceber que poderia haver uma convivência dos centros de referência, da comunidade científica com as comunidades terapêuticas, buscando o aperfeiçoamento destas, no sentido de que elas tivessem profissionais qualificados, que fossem economicamente sustentáveis, que não dependessem da caridade para sua existência. (Entrevistado 6)

O órgão contribuiu para que fossem criadas normas mínimas de funcionamento para esses serviços, evitando a “disseminação desorganizada de organizações que se denominavam comunidades terapêuticas e que eram depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias” (Febract, s.d.). O apoio do Confen favoreceu a aproximação das comunidades terapêuticas com o meio acadêmico e com o poder público. O que não só se traduziu em melhorias assistenciais como permitiu também que essas comunidades, criadas com base em iniciativas pessoais ou de grupos religiosos, começassem a se organizar e reivindicar financiamento público.

Em 1998, a medida provisória 1.669, de 19 de junho, editada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, extinguiu o Conse-

Iho Federal e a Secretaria Nacional de Entorpecentes. Porém, as práticas dos centros de referência, dos programas de redução de danos e das comunidades terapêuticas continuaram a receber apoio das instituições que os substituíram.

### **A Secretaria Nacional Antidrogas e as práticas de atenção à saúde para usuários de drogas**

Por meio do decreto 2.362, de 19 de junho de 1998 – substituído pelo decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000 – o presidente Fernando Henrique Cardoso instituiu o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Essa reformulação institucional foi anunciada na Sessão Especial da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial das drogas, realizada em junho de 1998. Os dois novos órgãos foram alocados, não no Ministério da Justiça, mas sim no então Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.<sup>4</sup>

A reordenação gerou muita polêmica entre os que atuavam na área:

Então, foi inusitado que o presidente Fernando Henrique, concorrendo à reeleição, trouxesse como novidade a criação de uma Secretaria que ele chamou Antidrogas. Determinou perplexidade já que um dos seus primeiros atos tinha sido o aniquilamento da Secretaria Nacional de Entorpecentes ... Quando são feitas alterações institucionais meramente para atender interesses circunstanciais, isso sempre significa um atraso imenso na questão do tempo... o que era Confen passou a ser Conad, o que era Secretaria Nacional de Entorpecentes passou a ser Senad, procuraram repetir o modelo na hora da execução. Com ajustamentos, no meu sentido, para pior ... e aí ficou esta coisa engraçada em que os militares tratam da prevenção. (Entrevistado 6)

A Senad foi um retrocesso. Ela foi o fim do Confen, que era um organismo multidisciplinar, que tinha problemas, mas do ponto de vista de um lugar de articulação de uma determinada política era melhor do que você criar uma política a partir de uma visão estratégica das Forças Armadas. (Entrevistado 1)

O Sisnad, então constituído, tinha como função integrar as atividades de repressão (ao uso indevido, ao tráfico ilícito e à produção de drogas) e de prevenção (tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes). O Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal, o órgão executivo do primeiro grupo de atividades. A Senad tornou-se o executivo do segundo grupo de atividades. Embora o Ministério da Saúde integrasse o Sisnad,

<sup>4</sup> Quando o presidente Fernando Henrique Cardoso extinguiu o Confen e a Secretaria Nacional de Entorpecentes, estava à frente desses órgãos o juiz Luiz Matias Flach. Quando criou a Senad, convidou o juiz Walter Maierovitch para chefiá-la. Em relação às questões abordadas neste artigo – as práticas sanitárias para usuários de álcool e outras drogas –, os dois dirigentes são reconhecidos como atores que contribuíram para uma abordagem menos moralista e mais adequada às necessidades de saúde advindas do consumo de drogas.

nenhuma das atividades do segundo grupo (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) foi atribuída a ele.

O novo arranjo institucional e a definição do papel da Senad reafirmaram a tendência a uma duplidade na atribuição de responsabilidades. No Sisnad, a Senad é o órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas, e no setor de saúde, um outro Sistema, o SUS, é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Apesar de terem responsabilidades e atribuições comuns, esses espaços institucionais permaneceram desarticulados até o início do governo Lula, em 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas ao tema.

O primeiro grande processo desencadeado pela Senad, em decorrência do compromisso assumido na Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU, em 1998, foi a formulação da Política Nacional Antidrogas:

O Brasil até 1998 não tinha uma política nacional, mesmo tendo realizado algumas tentativas bem conduzidas, na época, pelos Confens... Então veio o ano de 1998, quando aconteceu a 20ª Assembléia Geral da ONU, com a participação do Brasil, em Washington, exatamente nos dias 10 e 11 de junho... Nesta assembleia, foi convocada uma sessão especial para tratar do tema das drogas no mundo. Como uma das consequências desta sessão, todos os países que compõem a ONU concordaram com a importância de, entre outras medidas nas áreas de drogas, que os países tivessem, cada qual, sua política nacional sobre drogas... O Brasil foi um dos signatários deste compromisso; a partir daí, criou a Senad, que teve como primeira missão realizar um fórum nacional para que a sociedade viesse trazer suas contribuições para aquilo que viria a ser a política nacional sobre drogas. (Entrevistado 7)

O 1º Fórum Nacional Antidrogas aconteceu em 1998, com a presença de mais de duas mil pessoas. Apresentaram-se os segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Essa composição do Fórum refletiu-se no seu produto final: a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Nesse documento, no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área especificamente ligada ao problema das drogas e o setor público de saúde. As federações de comunidades terapêuticas, que estavam presentes em maior número, reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de iniciar-se o processo de definição das normas mínimas de regulamentação das instituições de tratamento. A presença de profissio-

nais e de militantes da área de redução de danos possibilitou a inclusão de um capítulo destinado à redução de danos sociais e à saúde na PNAD. O tema foi abordado de maneira ambígua e não houve um posicionamento claro em relação aos programas de troca de seringas, que já eram implementados com apoio e financiamento do Ministério da Saúde.

Na primeira Política Nacional Antidrogas, a redução de danos entrou de uma forma extremamente complicada, ela entrou dividida: as comunidades terapêuticas, que estavam em maior número, fizeram constar a redução de danos sem a troca de seringas, que era uma forma de mostrar a dificuldade que se tinha com esta ação no contexto geral do campo das drogas. (Entrevistado 5)

No 2º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2001, o projeto político, já homologado pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, foi apresentado à sociedade brasileira. Observe-se que o evento ocorreu paralelamente à Conferência de Saúde Mental, demonstrando a dificuldade de articulação entre a política nacional e a rede pública de saúde:

Isto absolutamente não gerou crítica de quem fez o Fórum. O Fórum se considerava um espaço separado de discussão da saúde mental e os quase dois mil participantes da Conferência Nacional de Saúde Mental reclamavam que a discussão de álcool e drogas havia se separado em um outro espaço. Quem reivindicava discutir álcool e drogas era o campo da saúde mental, o campo de álcool e drogas não reivindicava discutir saúde mental ou saúde pública. (Entrevistado 2)

No campo da assistência à saúde, a Senad direcionou seus esforços para ações mais pontuais, como o apoio à melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas e o incentivo à realização de pesquisas pelos centros de referência. Em relação aos programas de redução de danos, em alguns momentos ela se posicionou de maneira bastante favorável, em outros apresentou resistências que não chegaram a inviabilizar a implementação dessas ações.

A Secretaria colaborou com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no processo de estabelecimento das normas mínimas de funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, previstas na Política Nacional Antidrogas de 2001:

Não podemos ignorar que elas [as comunidades terapêuticas] existem, elas estão aí, elas preenchem um espaço... E o primeiro entendimento é justamente a acreditação destas instituições através das 'normas mínimas', o que significa um processo lento... É

um processo de amadurecimento que está acontecendo. Na área de comunidades terapêuticas, elas vêm se organizando. Temos a Febract, que é a Federação Brasileira, as comunidades evangélicas também possuem sua Federação. A Cruz Azul congrega outras tantas comunidades. Em resumo, são instituições que vêm querendo dialogar, e o diálogo é fundamental. (Entrevistado 7)

As exigências mínimas para o funcionamento desses serviços estão previstas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101, de 30 de maio de 2001, da Anvisa. Esse documento efetivou a entrada do poder público nos dispositivos de atenção a dependentes, que funcionavam sem nenhuma regulamentação, com a missão "de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços" (Vecina Neto, 2002).

Ainda que a medida tivesse o apoio das federações de comunidades terapêuticas, estas últimas ofereceram grande resistência ao estabelecimento das normas mínimas de funcionamento. As vistorias e inspeções realizadas passaram a dar mais visibilidade à atenção prestada nesses espaços, tornando-os mais vulneráveis a interpelações públicas.

Na verdade, isto [resistência à resolução da Anvisa] existe ainda, mas a tendência desta comunidade é ou ela se adéqua, ou ela fecha... Como em toda resolução, a gente vê que existem os tecnocratas. Algumas exigências a gente vê que são absurdas, mas a gente vê que o mínimo necessário para o funcionamento tem que existir dentro da normatização porque senão, não se conserta a casa. (Entrevistado 9)

O processo de normatização desses espaços de tratamento, embora necessário para o estabelecimento de condições mais dignas para as pessoas que lá se tratam, favoreceu a organização da demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção dessa atenção fora do âmbito do setor público de saúde.

As comunidades terapêuticas, por meio da organização alcançada e de seu vínculo com instituições religiosas, conseguiram exercer pressão política junto aos órgãos governamentais, buscando estabelecerem-se na área como modelo de tratamento. Aproximaram-se também da área científica e da Senad.

A configuração, o cenário que existia era o seguinte: você tinha serviços universitários que realizavam pesquisas e atendimentos restritos e pouco articulados à rede SUS; comunidades terapêuticas muito articuladas à Senad e a estes serviços universitários... A regra era serviços universitários fechados, restritos, com uma forte articulação com as comunidades terapêuticas. Articulação ideológica, articulação de capacitação, de progra-

ma de formação e uma integração muito grande com a Senad, que funcionava muitas vezes como mecanismo de apoio para pesquisa e tudo mais. (Entrevistado 2)

Com a Senad, as comunidades terapêuticas têm um trânsito muito bom. A Senad se prontificou a fazer banco de dados, cursos, capacitações, fóruns. (Entrevistado 9)

Com relação ao Ministério da Saúde, as comunidades terapêuticas não estabeleceram nenhuma articulação orgânica, apesar das pressões políticas. Na perspectiva de uma das federações de comunidades terapêuticas: “a gente vê uma discriminação do Ministério da Saúde quanto às comunidades terapêuticas. Esta discriminação passa pelo desconhecimento da eficácia da comunidade terapêutica” (Entrevistado 9).

Na perspectiva de algumas áreas do Ministério da Saúde, não se trata de um desconhecimento ou discriminação, mas sim de resistência à consolidação de uma concepção que não se pauta por aspectos técnicos e ideológicos, próprios ao campo da saúde:

A gente tinha uma posição clara. Quando chegava pedido de financiamento no Ministério da Saúde para tratamento moral, a gente dava um parecer técnico, o Ministério da Saúde não recomendava. O que a gente fez na verdade foi uma política de resistência, atitudes de resistência à consolidação deste modelo moralista. (Entrevistado 1)

A demanda das comunidades terapêuticas de financiamento junto ao Ministério da Saúde se acentuou a partir dos primeiros anos do século XXI. Havia posições diferentes dentro do próprio Ministério em relação a essa demanda:

Havia contradições e dificuldades dentro do próprio Ministério da Saúde, existia uma forte idéia de que a política de álcool e drogas poderia ser apenas uma política de financiamento de comunidades terapêuticas. Isto existia como idéia dentro do Ministério da Saúde, entre alguns setores dirigentes. Esta não era a idéia da Saúde Mental ... (Entrevistado 2)

Se havia pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e da Senad, também havia pressão de outros setores do Ministério, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para que a questão do álcool e outras drogas fosse abordada no âmbito do SUS. Essas diferenças – aparentemente de ordem técnica, sobre modelos e dispositivos assistenciais a serem adotados no país – revelavam também um debate político-ideológico, ainda que pouco explícito, entre as diferentes concepções existentes. Tratava-se de adotar uma política coerente com o discurso antidrogas

ou de inaugurar uma outra proposta política focada na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Prevaleceu, no Ministério da Saúde, a posição daqueles que defendiam a inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS.

Apesar de atuar com base em uma concepção antidrogas, a Senad não inviabilizou a expansão dos programas de redução de danos, que iniciaram uma prática de atenção mais tolerante em relação ao uso e ao usuário de drogas no Brasil:

<sup>5</sup> Walter Maierovitch, magistrado aposentado do Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo, foi o primeiro secretário Nacional Antidrogas. Único civil a dirigir o Senad, permaneceu no cargo de 1998 a 2000.

O Walter Maierovitch<sup>5</sup>, que assumiu a Senad no início, era extremamente aberto à redução de danos, inclusive aberto até demais, ele falava assim coisas até muito ousadas, como terapias de substituição, salas para uso seguro. (Entrevistado 5)

A Senad também produziu frutos muito bons, porque a Senad vivenciou aquilo que o Confen não pôde vivenciar, que foi o avanço dos programas de redução de danos... Tornou-se parceira da Aborda (Associação Brasileira de Redutores de Danos) de outras organizações de redução de danos, fizemos muitos eventos juntos. O Confen, sem a experiência prática de redução de danos gerou frutos; a Senad, que tinha tudo para dar errado, com a experiência de redução de danos, trouxe frutos bons. (Entrevistado 4)

Os centros de pesquisa, prevenção e tratamento foram convidados a participar das discussões sobre as políticas assistenciais e de redução de danos conduzidas pela Senad, bem como da organização e da coordenação dos fóruns regionais e nacionais, que resultaram no estabelecimento da Política Nacional Antidrogas, em 2001.

A Senad também contribuiu, por meio de incentivos financeiros, para que alguns centros de referência realizassem pesquisas para informar as reais dimensões do fenômeno das drogas no país. Tais estudos – desenvolvidos em uma área marcada por diferentes interesses, por diversas concepções ideológicas, preconceitos e moralismos – foram de grande importância.

Ainda que tenha sustentado a posição do Confen favorável à implementação equilibrada de ações no campo repressivo, preventivo e assistencial, a Senad parece não ter contribuído diretamente para o surgimento, em 2003, da política nacional de saúde. Mais especificamente no campo da assistência, ela centrou seus esforços na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, serviços que possuem práticas mais afinadas com o ideal de repressão ao uso de drogas, e mais distantes dos propósitos e diretrizes do SUS.

## **O Ministério da Saúde e sua Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas**

Ainda que o fenômeno do uso de drogas tenha sido objeto das intervenções governamentais durante o século XX, foi apenas em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou seu compromisso de enfrentar os problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Nesse ano, no início da gestão do presidente Lula, o órgão publicou o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, pelo qual “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p.9).

O órgão introduziu, dessa forma, a possibilidade do desenvolvimento de uma política menos centrada no controle e na repressão. Comprometeu-se a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de drogas, buscando promover a melhoria das condições sanitárias dos usuários, dos dependentes e da população em geral.

No documento sobre a política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

O projeto propôs ainda a criação de uma rede de atenção integral do SUS (ações de prevenção, promoção e proteção à saúde); a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (os Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas – CAPSad) e não-especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitalares em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais.

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública.

## **Considerações finais**

Desenvolvidas no arcabouço jurídico-institucional criado no Brasil a partir do início do século XX e voltado para o controle e a repressão, as práticas de atenção sanitária, em virtude disso, nem sempre corresponderam às necessidades decorrentes do uso de drogas. Ou seja, na área de álcool e outras drogas, a origem das práticas de assistência não obedeceu à lógica da saúde pública.

Entretanto algumas práticas, atores sociais e posicionamentos originários do campo de controle e repressão tiveram papel importante em favor do processo de constituição de uma política específica de saúde. É o caso do Confen e da Senad, que contribuíram para a viabilização dos programas de redução de danos e estimularam o trabalho dos centros de tratamento, pesquisa e prevenção, propiciando a constituição de uma série de práticas sanitárias, não orientadas na perspectiva repressiva.

Já, ao contrário, o apoio dos dois órgãos à reivindicação das comunidades terapêuticas de financiamento público constituiu um obstáculo. Ainda assim, embora essa postura, sintonizada com alguns setores do Ministério da Saúde, quase tenha inviabilizado o surgimento de uma nova política, ela parece, ao mesmo tempo, ter favorecido a formulação de uma outra proposta dentro do Ministério, que apresentava dificuldades em incluir na sua agenda temas associados ao uso e dependência de álcool e outras drogas.

Orientada por um novo norte – a redução dos riscos e danos – a política de saúde para usuários de drogas, estabelecida em 2003, não deixa de ter como alguns de seus antecedentes as práticas, os serviços e as condições propiciadas e apoiadas pelo aparato jurídico institucional repressivo. De qualquer forma, ela busca romper com a tradição histórica deste último, inaugurando práticas destinadas a superar concepções moralistas, ainda muito presentes na abordagem das questões relativas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil.

## **FONTES E BIBLIOGRAFIA**

### **ATOS NORMATIVOS**

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado.

Brasil. Decreto n.2632 de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências.

Brasil. Decreto n.3.696 de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências.

Brasil. Medida provisória n.1.669, de 19 de junho de 1998. Altera a lei 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos ministérios e dá outras providências.

## BIBLIOGRAFIA

- Bittencourt, Ligia Maria  
1986 *Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil.* Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Brasil 2004a Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2004b Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Área de Saúde Mental. *Levantamento das Comunidades Terapêuticas.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2003 Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2002 Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2001 Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada nº 101, 30 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 2001 Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *Política Nacional Antidrogas.* Brasília: Presidência da República.
- Brasil 1999 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Projeto de Drogas e Aids.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 1998 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Aids II: desafios e propostas.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil 1996 Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. *Programa de Ação Nacional Antidrogas.* Brasília: Ministério da Justiça.
- Brasil 1992 Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. *Legislação sobre entorpecentes no Brasil.* Brasília: Ministério da Justiça.
- Brasil 1992 Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico da Aids,* Brasília, ano 5, n.7.
- Brasil 1988 Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. *Política Nacional da Questão das Drogas.* Brasília: Ministério da Justiça
- Cruz, Marcelo Santos;  
Ferreira, Salette Maria  
Barros 2001 Determinantes sócio-culturais do uso abusivo de álcool e outras drogas. In: Cruz, Marcelo Santos; Ferreira, Salette Maria Barros (Org.). *Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos.* Rio de Janeiro: Ed. Ipub-Cuca. p.95-113.
- Febract s.d. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Histórico. Disponível em: [www.febract.org.br/historico/htm](http://www.febract.org.br/historico/htm). Acesso em: 22 out. 2005.
- Fiore, Mauricio 2005 A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio, Renato P.; Carneiro, Henrique (Org.). *Álcool e drogas na História do Brasil.* São Paulo: Alameda. p.257-290.

- Machado, Ana Regina  
2005      *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.* Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Mesquita, Fabio  
out. 2003      A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. *Revista Outro Olhar*, Belo Horizonte, v.3, n.3, p.23-27.
- Mesquita, Fabio  
1998      Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis, uma polêmica nacional. In: Bastos, Francisco Inácio Bastos; Mesquita, Fabio (Org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde. p.101-112.
- Minayo, Maria Cecília S.  
1998      *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5.ed. São Paulo: Hucitec.
- Misse, Michel  
2003      O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência. In: Baptista, Marcos; Cruz, Marcelo S.; Matias, Regina (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj. p.147-156.
- Musumesci, Barbara  
1994      O consumo de álcool no país. In: Zaluar, Alba. (Org.) *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense.
- Procópio, Argemiro  
1999      *O Brasil no mundo das drogas.* Petrópolis: Vozes.
- Vecina Neto, Gonzalo  
2002      Apresentação. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Ministério da Saúde. Anvisa. *Exigências mínimas para funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas*. Brasília: Senad; Anvisa.

Recebido para publicação em outubro de 2006.

Aprovado para publicação em março de 2007.